

## 入会申込届 (正会員及び準会員)

平成 年 月 日

一般社団法人

北海道認知症グループホーム協会 理事会 御中

法人・団体名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

会費(年) グループホーム入居者1定員につき2,000円

## ◆事業主体についての項目

法人種別		(ふりがな) 法人名	
(ふりがな) 代表者肩書		(ふりがな) 代表者名	
(ふりがな) 担当者名			
事業主体住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

## ◆事業所についての項目

(ふりがな) グループホーム名			
介護保険事業者番号	※必須	ユニット数： 定員数：	ユニット 名 ※必須
(ふりがな) 管理者名	開設年月日	平成	年 月 日
グループホーム 住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

# 入会申込願 (賛助会員)

平成 年 月 日

一般社団法人  
北海道認知症グループホーム協会 理事会 御中

法人・団体名 \_\_\_\_\_

代表者・氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は貴協会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

会費 (年) : 5, 000円

◆事業所会員 (認知症対応型通所介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所等の介護保険法に規定する事業所)

法人種別	(ふりがな) 法人名		
(ふりがな) 代表者肩書	(ふりがな) 代表者名		
事業所名			
(ふりがな) 担当者名	※ 研修会等を会員資格で参加できるのは こちらに記載された方のみとなります。		
事業所住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			

◆個人会員

(ふりがな) 氏名			
ご自宅住所	〒		
TEL / FAX	TEL :	FAX :	
E-Mail			
勤務先 (所属)			
勤務先住所等	〒		
	TEL :	FAX :	
郵送物郵送先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先      ※ いずれかに P を入れて下さい		